様式第３号（第６条関係）

**確　約　書**

年　　　月　　　日

興部町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜申請者＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　私は、　　　年　　　月　　　日から、下記の事業所において、　１年間 ・ 2年間就業することを確約します。また、途中で退職した場合は、助成金を返還いたします。

**就　業　証　明　書**

　　　　　　年　　　月　　　日

興部町長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜事業者＞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　上記の者は、　　　年　　　月　　　日から、次のとおり就業　　している　・　する

ことを証明します。

　１　就業先　　住所

　　　　　　　　名称

　２　就労内容　サービス事業所

職種

（注）介護従事者養成事業実施要綱第8条第1項の規定に該当する場合は、助成金の返還を命じることがあります。